Aus der II. chirurg. Abteilung des Städt. Krankenhauses Friedrichshain

Choledochussteinsymptome bei Lebererkrankungen

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Karl Kemp

aus Rummelsburg in Pom.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 10. August 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

490

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. His

Referenten: Prof. Dr. Köhler.
Prof. Dr. Hildebrand.

Ein Gallensteinverschluß des Choledochus ist im allgemeinen leicht zu diagnostizieren. Auch bei nichttypischen Erscheinungen wird man häufig an ihn denken müssen. Andererseits kann man Choledochussteinsymptome finden bei Lebererkrankungen ohne jegliche krankhafte Beteiligung des Reservoirsystems der Galle.

Zwei derartige Fälle kamen bei uns zur Beobachtung, die sowohl großes klinisches als auch hervorragendes praktisches Interesse haben. Beide Fälle boten anamnestisch wegen rezidivierender Kolikanfälle mit und ohne Ikterus das Bild der chron. Cholelithiasis.

Der klinische Befund gebot die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Stauungsikterus durch Choledochusstein bei beiden 3—4 Wochen bestehend zu stellen. Es wurden typische Koliken beobachtet, bezw. lokaler Druckschmerz, z. T. Lebervergrößerung, kein Gallenblasentumor, wechselnde Acholie der Faeces, in einem Fall viel Urobilin im Harn. Die Temperatur war subfebril bezw. nicht erhöht. Es bestand schwerer Ikterus. Der Allgemeinzustand schien gefahrdrohend. Differentialdiagnostisch konnten die andern Formen des Ikterus ausgeschlossen werden: von den mechanischen der entzündliche Ikterus, auch der Stauungsikterus durch Geschwulst. Für primäre Funktionsstörungen der Leber bot sich kein Anhaltspunkt; Cirrhose war auszuschließen. Es bestand höchstens die Möglichkeit einer Intoxikation oder Infektion.

Operation und Sektion förderten andere Verhältnisse zu Tage als vermutet. Sie bestätigten das chron. Gallenblasenleiden mit Gallensteinen in der Gallenblase, stellten aber als Ursache der schweren Krankheitserscheinungen schwere destruierende Veränderungen der Leber fest (in einen Falle akute gelbe Leberatrophie), bei völlig normalem Befund an den großen Gallenwegen.

Dieses seltene Vorkommnis des Zusammentreffens einer Cholelithiasis mit einem Ikterus infolge Parenchymerkrankung der Leber ohne nachweisbare Abhängigkeit der letzteren vom Gallen-

steinleiden wird der klinischen Diagnose wohl stets große Schwierigkeiten bereiten. Wenn eine genügende Anzahl von Steinsymptomen vorliegt, wird der Chirurg selbst bei Anzeichen eines paracholischen Ikterus diesen als sekundär dem Stauungsikterus folgend aufzufassen und dementsprechend operativ vorzugehen berechtigt sein.

Die Prognose dieser schweren Fälle ist ernst — abhängig vom Allgemeinzustand, dem evtl. Bestehen einer cholämischen Diathese, der mehr oder weniger schweren Alteration der Leberfunktion, nachweisbar durch den gestörten Stickstoffwechsel. Viel Urobilin im Harn ist ein ungünstiges Zeichen. Der Ausfall der diesbezüglichen Untersuchungsmethoden ist mitbestimmend für die Indikationsstellung zur Operation. Diese ist immer indiziert bei sonst hoffnungslosen Fällen, weil erfahrungsgemäß selbst trotz schwerstem, langdauerndem Ikterus nach Entfernung des stauenden Steins eine Restitutio ad integrum eintreten kann. Bei diagnostisch zweifelhaften Fällen kann der kleine Eingriff einer Probelaparotomie zur Aufdeckung der Art der vorliegenden Erkrankung wenig schaden.

Mitteilungen in der Literatur über ähnliche Beobachtungen sind wenig zahlreich.

Umber ließ eine Patientin probelaparotomieren, weil sie nach akuter Leberatrophie im Stadium der Rekonvaleszenz plötslich die Symptome eines komplizierenden Choledochuskonkrements bot. Er deutet die irreführenden Koliken als cholangitische, da sich in einem probeexzidierten Leberstück neben der Atrophie eine Cholangitis fand. Eingehend mit den hier interessierenden Fragen hat sich Arnsperger beschäftigt.

Bei drei von ihm besprochenen Fällen handelte es sich einmal um eine luetische Lebercirrhose, die bei negativen anamnestischen Anhaltspunkten klinisch einen Steinverschluß des Choledochus vermuten ließ. Der Fall zeigt die Wichtigkeit der Anamnese. Sein zweiter Fall bot teils Choledochusstein-, teils Tumorsymptome. Die Operation stellte einen „funktionellen" Ikterus wahrscheinlich einem infolge Katarrhs entstandenen Stauungsikterus folgend fest. Der 3. Fall bot ebenfalls Choledochussteinsymptome bei völliger, durch die Operation aufgedeckter Unversehrtheit der großen Gallenwege und der Gallenblase. Es handelte sich auch hier um eine primäre Parenchymerkrankung der Leber.

Die Fälle zeigen, daß mehr oder weniger eindeutige Verschlußerscheinungen des Choledochus durch Gallensteine bei Lebererkrankungen verschiedenster Art bestehen können, ohne daß eine krankhafte Beteiligung des Gallengangsystems vorhanden ist. Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten können sehr groß sein, besonders bei einer der Leberinsuffizienz konkurrierenden Cholelithiasis der Gallenblase, wenn diese gleichzeitig Symptome macht. Ausarbeitung neuer Untersuchungsmethoden kann vielleicht zu einer exakteren Diagnosenstellung führen; in andern Fällen wird nur die chir. Autopsie Klarheit schaffen.

Lebenslauf.

Ich wurde am 6. Mai 1893 in Rummelsburg in Pomm. als Sohn des Brauereibesitzers Carl Kemp geboren. Ich besuchte 9 Jahre lang das kgl. Dom-Gymnasium in Kolberg und erhielt dort Ostern 1912 das Reifezeugnis, bestand im August 1915 die ärztliche Vorprüfung in Marburg und im April 1919 in Berlin das Staatsexamen. Am Kriege nahm ich teil vom August 1914 bis Juli 1915 und vom Juni 1917 bis November 1918, zuletzt als Feldhilfsarzt.